

Hacia la conformación de la ‘Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental’

LIC. ANDREA FRÄNKEL, LIC. ENRIQUE FERNÁNDEZ DONLON^a, DR. DOMINGO CIALZETA^c,
DRA. ELENA LACOMBE^b, Y LIC. ALFREDO CARBALLEDA^d

Introducción

Lic. Andrea Fränkel

La guardia de Psicopatología en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, tiene una historia de cerca de treinta años. Tal como ocurriera en muchas otras áreas, el Hospital de Niños fue pionero en la incorporación de psicólogos y psiquiatras en el servicio de urgencias de un hospital monovalente pediátrico.

Desde sus comienzos, el quehacer en la guardia indujo a pensar en el trabajo con otros. En primera instancia, se trató de la constitución de un equipo de trabajo entre psiquiatra y psicólogo; sosteniendo constantemente la interlocución con los pediatras con los que se comparte el trabajo y se convive un día por semana.

Recientemente se han incorporado también trabajadores sociales a instancias de la nueva Ley de Salud Mental, se lo ha denominado en conjunto “la guardia interdisciplinaria de salud mental”. Es por ello la elección de esa denominación para el título de esta mesa.

Se pretende así profundizar la constitución y la complejidad del trabajo con otros en la asistencia de guardia. Sabiendo que esto no es algo que se establezca simplemente como respuesta a un ideal de trabajo sin fallas o como el cumplimiento de una ley, sino más bien aquello que lleva a interrogarse una y otra vez sobre el modo de trabajo que se piensa frente a la demanda de los pacientes que acuden a la consulta por su padecimiento.

Se convocaron para ello a profesionales que aportaran diferentes perspectivas con respecto al trabajo en esta área crítica:

Un punto de partida

Lic. Enrique Fernández Donlon*

Contar los inicios de una historia ya lejana, habiéndola vivido, es de alguna manera un verdadero privilegio.

Corrían los primeros años de la década del ochenta, resulta imposible no asociarlo al final del Proceso y a la Guerra de Malvinas, y éramos varios los que buscábamos un lugar en el Servicio de Psicopatología de este hospital, pues ya se había logrado alcanzar la denominación informal de concurrentes.

La dirección del Servicio de Psicopatología destacaba varios temas de interés sobre muchos otros. Estos eran: la psicoprofilaxis quirúrgica, la problemática de anorexia, –ahora denominada trastornos de la conducta alimentaria–, y sobre todo el complicado y resistido maltrato infantil.

Se interesaba fundamentalmente con las temáticas difíciles, arduas y complejas y logró instalar las bases de su atención en el hospital, del mismo modo que lo hizo con el psicoanálisis, otorgándole un marco teórico predominante, sin excluir otras orientaciones.

El trabajo con estas temáticas complejas y difíciles era difundido públicamente, de modo que frecuentemente se llevaban a cabo entrevistas en vivo desde el hospital, consiguiendo así instalar en los profesionales estos temas y colocar al Hospital de Niños como lugar de referencia.

La primera consulta que asistí fue en la rotativa del domingo, había conseguido un espacio –ya que aún no estaba implementado– y hacia allí me dirigí con el paciente y su madre.

a. Psicólogo, Profesional de Guardia HNRG.
b. Psicoanalista, ex Psiquiatra de Guardia HNRG.
c. Pediatra, Asistente de Guardia HNRG.
d. Trabajador social, Guardia del Hospital de Emergencias Psiquiátricas “Dr. T. de Alvear”.

Era 9 de julio y el paciente se encontraba con su novia en el cine y antes de comenzar la película suenan las estrofas del Himno Nacional, ambos permanecieron sentados, como un acto de rebeldía. Al finalizar el himno fueron detenidos por la policía, hasta que los padres los pudieron retirar de la comisaría al día siguiente. Transgresión, actuación, provocación, habían sido traídos por la madre para hablar de lo sucedido y de la angustia que le generó –a la madre–, temiendo que la situación pudiera volver a repetirse, a pesar de que les habían “recomendado” que “no debía volver a ocurrir”.

De todos modos la llegada de los psicólogos a la guardia tenía aspectos más complicados, ya que se recibían comentarios tales como: “No sé por qué nombran psicólogos, si lo que aquí hace falta son enfermeras.” Debíamos pagar derecho de piso, había malestar en la guardia, diversos fueron los modos de nombrar las consecuencias de esa inclusión en un ámbito médico por excelencia. Así fuimos en nuestros comienzos haciéndonos un espacio, tomando lo que hacía crecer y esquivando los gestos hostiles, buscando la solidaridad de quienes nos recibieron tendiéndonos una mano.

Luego compartí la guardia muchos años con una compañera que antes de ser psiquiatra había hecho la residencia de pediatría y su visión de la realidad era amplísima, lo mismo que su capacidad de escucha, de análisis y de formularse preguntas sobre el caso en cuestión y las circunstancias enormes que lo rodeaban. Aproveché su enseñanza que aún llevo conmigo.

En un comienzo, teníamos reuniones de equipo semanales, donde se presentaban los casos asistidos frente a una coordinadora. También realizábamos encuentros los días sábados con integrantes de las guardias de otros hospitales; allí las presentaciones de pacientes eran supervisados por afamados profesionales invitados. Ellos y muchos más fueron los que contribuyeron para constituirnos y sostenernos en nuestra tarea.

Fue durante las Primeras Jornadas de Psicopatología de guardia, que pusimos en evidencia el trabajo, consiguiendo el apoyo de las autoridades.

Actualmente la guardia de psicopatología ya está afianzada, se han designado psiquiatras y psicólogos en todos los hospitales de

la Ciudad y recientemente se han nombrado Trabajadoras Sociales de guardia, con lo cual se ha creado la Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental. Esta última inclusión obliga a definir conceptos y hechos.

Y para finalizar ésta breve reseña, deseo comentar que a pesar de la enorme experiencia alcanzada, advierto en mí cierta incertidumbre frente a cada nueva consulta que llega, lo atribuyo a lo imprevisible y distinto de cada caso y en no saber si el dispositivo que se pone en juego cada vez, permitirá que se produzca una experiencia útil para el paciente y para quienes tenemos la tarea de asistir, entonces habrá que ver, entonces habrá que oír, entonces habrá que pensar y decidir, entonces habrá que estar ahí.

La interdisciplina integrada a la consulta de guardia pediátrica Dr. Domingo Cialzeta

Aunque las Urgencias Psiquiátricas verdaderas son poco usuales en un Servicio de Guardia externa de un Hospital Monovalente Pediátrico, un número significativo de niños consultan en los servicios de urgencias por presentar síntomas o signos atribuibles a patología de la esfera psicológica. El servicio de urgencias es el lugar donde se inicia la valoración de muchos de estos trastornos y el Pediatra de Guardia debe tener habilidades en la sospecha o diagnóstico de problemas psiquiátricos, conocer cómo intervenir en los mismos, y tener planificadas las decisiones de derivación, alta u hospitalización de estos pacientes. Estas situaciones generan en el Médico Pediatra de Guardia una gran preocupación y un gran desafío diagnóstico operativo a saber:

- Un desafío diagnóstico, a priori, es descartar patología orgánica vs. emocional.
- La presentación con gran aparatosidad de los síntomas, puede llevar a asumir decisiones insuficientemente efectivas.
- La angustia familiar puede complicar la actitud ante el paciente.
- Existen situaciones que exigen mayor dedicación de tiempo, lo que interfiere con el resto del trabajo de la unidad de Guardia.

La valoración inicial

La evaluación del paciente pediátrico como en toda demanda por Guardia se basa fundamentalmente en la historia y exploración física. En muchas ocasiones se deberá recabar información de los padres, cuidadores, profesores y del propio paciente. Deberá entrevistarse a los padres por separado especialmente si se sospechan situaciones de la esfera emocional relacionadas con el maltrato, abuso, o consumo de sustancias y de ser necesario con el paciente, en el caso de adolescentes.

La valoración inicial del paciente permitirá obtener una completa historia clínica como requiere la situación de Guardia.

- Datos del paciente (edad, sexo, domicilio, procedencia).
- Motivo de consulta principal.
- Historia de la enfermedad actual (cómo se presentó el problema, tiempo de evolución, factores desencadenantes, episodios previos, tratamientos anteriores y actuales).
- Antecedentes médicos.
- Consumo de medicamentos.
- Problemas neurológicos (retraso mental, autismo, cuadros comiciales, etc.).
- Circunstancias sociales (ambiente familiar, escuela, maltrato o negligencia, uso de alcohol y drogas, ambiente social).
- Antecedentes psiquiátricos personales y familiares.

Para un mejor entendimiento de las posibilidades diagnósticas de un niño que se presenta en el departamento de urgencias con un posible problema emocional, plantea luego del interrogatorio, un nuevo desafío diagnóstico:

- Enfermedad orgánica real.
- Enfermedades orgánicas que pueden manifestarse con síntomas psiquiátricos (Ejemplo: tumor cerebral frontal con cuadro de excitación esicomotriz).
- Enfermedades psiquiátricas que se manifiestan con síntomas de enfermedad orgánica. Trastorno de la conducta alimentaria con vómitos e hipokalemia.
- Urgencias psiquiátricas reales.
- Síntomas relacionados con el consumo de psicofármacos.

Entre el cortejo de **síntomas y signos** se debe jerarquizar en guardia:

- Falta de orientación temporo-espacial.

- Confusión- desorganización.
- Dislalias, ataxias, apraxias.
- Impulsividad.
- Excitación- ansiedad- dolores.
- Labilidad- falta de contención.
- Ideación suicida.
- Falta de memoria.

Entre los posibles **planteos diagnósticos** se deben considerar:

- Situaciones de maltrato infantil.
- Niños y adolescentes en situación de calle.
- Trastornos de adicciones.
- Situaciones de vulnerabilidad familiar.
- Enfermedades infecto-contagiosas.
- Enfermedades crónicas y discapacitantes.
- Embarazo adolescente, falta de contención.
- Enfermedades psiquiátricas familiares.
- Enfermedad psiquiátrica en sí misma.
- Situaciones relacionadas con la delincuencia de menores.

Finalmente, lo que prevalece es la orientación diagnóstica y la sospecha de estar frente a un paciente complejo que no solo se presenta con signos y síntomas claros, sino que impera la duda respecto de su origen y nos obliga a hacer valer la interdisciplina. Es por ello que la participación del equipo integrado por los profesionales de Salud Mental y de Trabajo Social se hace cada día más imprescindible.

Las **conclusiones finales** nos permiten resumir los siguientes conceptos a tener en cuenta como clínicos integrados a un equipo:

- Triage de los motivos de consulta en guardia externa.
- Reforzar la interdisciplina en guardia.
- Incorporación de la asistencia social.
- Disponibilidad de lugares de internación.
- Optimizar derivación por sistema de atención médica de emergencia (SAME) de la patología de salud mental.
- Promover lugares de observación en el ámbito de guardia.
- Ambiente saludable laboral para todo el equipo de salud.

Dra. Elena Lacombe

El uso de la palabra disciplina en el título dado a esta mesa remite a saberes con cierta tradición, por otra parte.

Pero tal vez, por cierto hábito de mi oficio no puedo dejar de escuchar, con alerta, "disciplina" como disciplinamiento de los sujetos; de los sujetos concebidos como cuerpos de un determinado comportamiento esperado por el poder. Digo con alerta, porque la praxis médica, del Trabajo Social y del psicoanálisis son prácticas, como la de la educación, con y entre sujetos.

En las coordenadas históricas de Occidente de virtud militar que era, en la Antigüedad y el Medioevo, la disciplina devino un medio de abordar la formación de los individuos. Con la explosión política del Siglo de las Luces o Iluminismo –Siglo XVIII–, la disciplina es el auxiliar teórico de la formación y de la gestión del orden: autoriza el funcionamiento del cuerpo político y permite la jerarquía, la norma, el Contrato.

Es el siglo de la Revolución Industrial –segunda mitad del siglo XVIII y principios del XIX–, quien exigirá la disciplina de los cuerpos. Las máquinas, las fábricas demandan que cada uno esté en su lugar y que no haya nadie que se aparte de los que está marcado por una convención, bajo pena de obstaculizar el funcionamiento. Surge así algo que, en tanto nos desempeñamos en el ámbito público, interesa en extremo: el higienismo, –corriente que nace en la primera mitad del siglo XIX con el liberalismo, cuando los gobernantes comienzan a reparar con más detenimiento en la salud de la ciudad y sus habitantes–. Interesa porque es el discurso que subtiende a toda política sanitaria. ¿Cómo empezar a plantearnos un trabajo entre varios que produzca un saber que alivie de sus sufrimientos al sujeto?

Es necesario abandonar ciertas prerrogativas instaladas justamente a partir del siglo XIX. A mi entender la central es la de la mirada jerárquica, el término es de Michel Foucault. Si cada miembro de un supuesto equipo interdisciplinario en la nueva nomenclatura, cree poseerla, difícilmente logrará plasmarse ese equipo que, como todo ideal, para intentar alcanzarlo requiere primero reconocer sus dificultades intrínsecas.

¿Cómo constituir un objeto común a saberes con objetos distintos?

En una práctica específica como la urgencia, la angustia es un buen punto de partida. Como decía Lacan: entre la angustia del profesional y la del paciente no hay ninguna diferencia. Tal vez una de las pocas oportunidades de alcanzar una cierta fraternidad.

El trabajo social y la salud mental. Una mirada desde la intervención en las urgencias **Lic. Alfredo Carballeda**

La singularidad de la intervención en lo social

Pensar lo social en términos de intervención implica la construcción de un punto de encuentro entre sujeto y cultura donde los aspectos contextuales dialogan, se entrecruzan y elaboran diferentes tipos de demanda ligadas a la cuestión social. El Trabajo Social está allí donde el padecimiento se expresa en esos encuentros singulares que van más allá del dato estadístico o la descripción de problemas vinculados con poblaciones determinadas o clasificadas. El Trabajo Social desde una perspectiva histórico social, se construye a fines del siglo XIX como campo de conocimiento e intervención en un contexto de fragmentación de la sociedad, malestar y desigualdad. Surge, teniendo como mandato fundacional la transformación de los efectos de ésta a través de diferentes objetivos y metas.

Las demandas actuales en el campo de la salud mental están atravesadas por una serie de cuestiones que se expresan a través de una creciente complejidad ligada a las características del clima de época que franquean nuestras sociedades. Lo social, mirado desde lo singular, fue incorporando nuevas categorías de análisis orientadas a acrecentar la intervención. Esta puede ser entendida como un proceso el análisis del contexto y los diferentes escenarios donde transcurre la vida cotidiana, su devenir y el impacto en la esfera de lo subjetivo.

Lo social en términos de intervención puede ser pensado en tres órdenes. Por un lado, la acción interventiva de los trabajadores sociales se desenvuelve, dialoga y entrelaza con los diferentes dispositivos de protección social.

En otras palabras, la intervención del Trabajo Social incluye en mayor o menor medida una forma de encuentro, diálogo y transformación a través del sistema de protección que posee una sociedad. Esto es, instituciones, políticas, planes y programas que en la singularidad de cada situación tendrán algún tipo de expresión.

Por otra parte, un segundo orden de los aspectos intrínsecos del Trabajo Social, se vincula con la intervención en las tramas sociales que rodean, construyen y se generan desde esa singularidad del sujeto de intervención. Las tramas sociales, pueden ser entendidas desde una mirada sociológica, ligadas a la noción de lazo social como elemento de articulación e integración del sujeto al todo societario.

El lazo social, desde esta perspectiva, construye subjetividad a través de diferentes modalidades de relaciones, intercambios y formas de reciprocidad entre los individuos. De esta manera, la intervención en lo social, transcurre, generando desde lo micro social el encuentro entre sujeto sociedad y cultura en cada circunstancia singular.

Las décadas de neoliberalismo implicaron una ruptura de tramas y lazos sociales que anunciaban la muerte de la sociedad y su eventual reemplazo por el mercado. Esta noción muy en boga en los años noventa partía de la premisa que “la sociedad no existe”, solo están los individuos y el mercado. En este aspecto, la intervención del Trabajo Social se fue orientando en relación a estas nuevas expresiones de la cuestión social, en ese caso más relacionadas con la problemática de la integración de la sociedad como un todo y los diferentes problemas que surgen desde esa ausencia de totalidad.

A su vez, un tercer orden que termina de delimitar “lo social” del campo del Trabajo Social, remite a la relación gestada con mayor intensidad en estas últimas décadas entre la noción de necesidad social y problema social. El Trabajo Social, en su construcción histórica como disciplina se funda dentro de un paradigma vinculado con la resolución, a través de diferentes dispositivos de protección, de las necesidades sociales de poblaciones clasificadas y predeterminadas. El propio devenir de la disciplina, sus aportes teóricos además de su participación en cuestiones que van más allá de la necesidad, hizo que desde la intervención se actúe también sobre los pro-

blemas sociales. Históricamente, éstos fueron campo de la sociología desde el análisis de su génesis como las posibilidades de resolución desde lo macro social.

Desde hace varias décadas, el Trabajo Social se involucra con problemas sociales que pueden contener dentro de ellos mismos necesidades o no y con necesidades que pueden contener problemas sociales. En la actualidad es más el “problema social” el lugar de demanda hacia la intervención, que la resolución de necesidades. En el campo de la salud mental estas cuestiones se hacen más visibles, pero esta construcción de demanda de intervención en lo social atraviesa campos como, el conflicto con la ley, el consumo problemático de sustancias, el ausentismo y deserción escolar, las pericias judiciales, y el carácter material y simbólico de la aplicación de políticas sociales de diferentes características, justamente a partir de una nueva serie de relaciones entre problema social y necesidad.

En síntesis, desde el análisis de la práctica cotidiana del Trabajo Social como disciplina especialmente desde una perspectiva procesual, éstos tres órdenes están presentes con diferentes maneras de presentación e importancia de acuerdo a la singularidad del proceso de intervención en lo social.

Lo social como campo de intervención

Lo social como espacio de intervención tiene una significativa trayectoria dentro del campo de la salud mental. En el caso de nuestro país, desde la década de los sesenta siempre existieron diferentes puntos de encuentro que van desde una mirada sociocultural a los escenarios de intervención, muchas veces atravesada por el compromiso político hasta las experiencias más sistematizadas de la salud mental comunitaria.

Las urgencias en salud mental, desde los equipos interdisciplinarios de guardia surgen como nuevo espacio de intervención social a partir de los inicios de la década de los ochenta, generándose la primera experiencia de inserción de un Trabajador Social dentro del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.

La presencia de una disciplina del campo de las ciencias sociales en el lugar de la urgencia en salud mental implica una serie de

cuestiones. Por un lado se hace inevitable la contextualización de las circunstancias sobre las que se trabaja desde una perspectiva amplia y compleja. También la intervención en lo social en ese espacio se vincula en forma concreta con la posibilidades de apoyo, articulación y gestión de los diferentes dispositivos de protección social.

Por otra parte, ese espacio social plantea una mirada diferenciada hacia la sociabilidad del sujeto de intervención, sus tramas sociales y eventuales posibilidades de apoyo y contención. Por último, la intervención en lo social también implica comprender y explicar la situación de urgencia como un problema social. De este modo, la intervención en lo social puede ser entendida como un proceso que actúa en forma singular de acuerdo a cada circunstancia articulando tres órdenes de acción; la protección social, el lazo social y los problemas sociales. ese proceso de intervención se da en diferentes y cambiantes contextos y escenarios de acción. Lo social como espacio de diálogo y encuentro en las situaciones de emergencia en salud mental, se relaciona con una serie de cuestiones complejas que hacen a las demandas actuales, donde sobresalen diferentes situaciones de riesgo, violencia doméstica, abuso, maltrato, consumo problemático de sustancias, abandono y exclusión social.

Desde una perspectiva social, las urgencias en salud mental pueden entenderse como un fenómeno que surge en forma abrupta, pero que tiene una serie de factores que le confieren historicidad, la expresión de ciertos elementos que la condicionaron y eventualmente una serie de factores desencadenantes. Es decir que las urgencias en Salud Mental no son solo expresiones que implican una serie de relaciones causales individuales, sino que esa situación se construye desde lo histórico social, se desarrolla en las tramas vinculares y se expresa a partir de la percepción cultural y singular del proceso salud enfermedad.

De este modo, lo social facilita en una situación de urgencia el acceso a múltiples aspectos donde se entrecruzan desde las diferentes percepciones del proceso salud enfermedad, la construcción social de la noción de locura, las políticas y los mandatos institucionales.

Lo social desde la intervención, también

implica el trabajo con situaciones relacionadas con los derechos de los usuarios, su accesibilidad al sistema de salud y a la atribución de sentidos a la situación que se está viviendo. De allí que parte de la acción de los trabajadores sociales en las guardias de los hospitales se relacione con el acceso a la biografía del usuario, la indagación acerca de su situación de inclusión social, sus lazos sociales, la estructuración de su vida cotidiana y la situación de su autonomía.

De la especificidad de las urgencias en salud mental, surge una forma de intervención singular. En este aspecto la entrevista, la intervención institucional y la gestión de recursos construyen su propio formato. De este modo, las prácticas se relacionan con el estudio de la vinculación familiar, la ubicación de referentes o allegados que se encuentran dentro de su propia trama social, desarrollo de acciones de respuesta a la demanda vinculadas a problemas sociales de los usuarios. Por otra parte, la intervención del Trabajo Social en ese espacio implica estudiar y analizar la historia de vida del usuario en relación a su sociabilidad y posibilidades de apoyo y contención, trabajar con las representaciones sociales acerca del proceso salud enfermedad desde su inscripción subjetiva y también presentar la institución.

Salud, política social e intervención

Es posible pensar que en la actualidad, surgen una serie de nuevas perspectivas de intervención social en el campo de la salud. En principio, sobresale la importancia de construir nuevos diálogos entre las diferentes disciplinas y formas de intervenir de cada una de ellas, en relación a la complejidad del contexto. Estas cuestiones llevan a la posibilidad de pensar la intervención en lo social como dispositivo, es decir, como una trama de relaciones que se pueden establecer entre diversos componentes, en una misma línea de articulación y diálogo entre diferentes puntos problemáticos. Por otro lado al entender a la intervención como un espacio intersubjetivo es posible acceder a los acontecimientos actuales y revisar diferentes cuestiones de orden político e institucional, estas van desde la conformación de las políticas y las instituciones, hasta la discusión de las nociones de tiempo y espacio que proponen. A su vez,

dentro de las modalidades de intervención, pareciera que la demanda apunta a construir a las prestaciones según las necesidades y las problemáticas sociales singulares y no desde perspectivas fijas u homogéneas.

Estas cuestiones facilitan el diálogo entre los distintos sectores en el campo de la salud, cambiando la lógica de la disociación por sectores cambiándolos por los abordajes de orden transversal.